

# Frivilliga äldrevårdsförsäkringar – en möjlighet i Sverige?

av Per Gunnar Edebalk och Marianne Svensson



Per Gunnar Edebalk  
per-gunnar.edebalk@soch.lu.se

*En växande andel äldre och sannolikt ökade framtida behov av äldreomsorg har aktualiserat frågan om nya finansieringsformer för äldreomsorgen. Bl.a. frivilliga äldrevårdsförsäkringar har diskuterats i Sverige.*

*Utländska erfarenheter och försäkrings-teoretiska problem pekar dock mot att sådana försäkringar knappast kan få någon större omfattning.*



Marianne Svensson  
ms@ihe.se

## Inledning

### Äldreomsorgens utveckling

Äldreomsorgen i Sverige har förändrats under den senaste tioårsperioden. Socialstyrelsens kartläggningar av äldreomsorgen vittnar om att kommunerna idag prioriterar ensamboende äldre vars vård- och omsorgsbehov är stora (Socialstyrelsen, 2002 och 2003a). Anhörigas ansvarstagande för den äldres vård och omsorg har successivt ökat. En aktuell studie visar att flertalet kommuner gör "anhörigprövningar" i samband med att den äldre ansöker om bistånd, dvs. kommunen prövar om anhöriga kan utföra insatser (Socialstyrelsen, 2003b). År 1997 var det mindre än hälften av kommunerna som gjorde detta. Kommunerna har blivit allt mer restriktiva att ge

basala insatser, t.ex. städning och inköp av dagligvaror. Beviljas insatsen ges den inte lika ofta som tidigare.

Enligt en befolkningsprognos kommer antalet ålderspensionärer år 2040 att vara 2,4 miljoner, vilket motsvarar 25 procent av befolkningen (SCB, 2002). År 2001 var motsvarande siffror 1,5 miljoner respektive 17 procent. År 2001 var andelen av befolkningen som var 80 år eller äldre drygt fem procent. År 2040 skattas denna andel till åtta procent. Dessa framtida demografiska förändringar är

**Per Gunnar Edebalk** är professor i socialt arbete vid Lunds universitet och **Marianne Svensson** är projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund.

Artikeln bygger på en forskningsrapport, som finansierats av Trygg-Hansas Forskningsstiftelse.

allmänt kända och har diskuterats mycket under senare år. Diskussionen har inte minst gällt vad den ökade gruppen äldre kommer att betyda för det framtida vårdbehovet (se t.ex. Lagergren & Baltjan, 2000, Riksförsäkringsverket, 2001, Svenska Kommunförbundet, 2002). Det vi vet är att behoven kommer att öka, men det är svårt att förutse med hur mycket.

Svenska Kommunförbundet (2003) konstaterar att den ekonomiska situationen i kommunerna ser allt mer bekymmersam ut. På grund av det kärva ekonomiska läget har skatterna höjts i många kommuner. Även om årets skattehöjningar i landstingen och kommunerna sammantaget är de högsta på 25 år, räcker inte det för att uppnå balans under åren 2003–2005, menar Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Orsakerna bakom de ekonomiska problemen i kommunerna är flera. Kommunerna menar att det är ett växande behov som leder till att verksamheterna inte klarar sin budget. Andra orsaker är t.ex. kostnader till följd av rekryteringar och ledningsproblem.

### Försäkring som alternativ

Olika former av äldreomsorgsförsäkringar har under den senaste tiden lyfts fram i den svenska debatten och belysts i flera svenska studier och forskningsrapporter (se bl.a. Jacobsson, 1999, Söderström m.fl., 1999, Grip & Örtendahl, 2000, Edebalk & Svensson, 2000, Riksförsäkringsverket, 2001, Edebalk & Svensson, 2003). Motiven bakom försäkringsförslagen är flera och beror inte minst på försäkringens syfte. Ett syfte är att öka resurserna för att täcka kostnaden för 40-talisternas framtida äldreomsorg. På grund av ett högt skattetryck och en ökad globalisering bedöms det t.ex. som svårt att kunna höja kommunalskatten för att stärka äldreomsorgens finansiella situation i takt med att behoven av äldreomsorg ökar. En obligatorisk äldreomsorgsförsäkring som ett

sätt att finansiera de framtida äldreomsorgskostnaderna har därför förts fram i debatten.

Även förslag till frivilliga äldreomsorgsförsäkringar har aktualiserats. Ett syfte med sådana försäkringar kan vara att den enskilde skall kunna försäkra sig mot höga vårdavgifter. Ett annat kan vara att man genom en försäkring kan garanteras vissa "guldkanter" i tillvaron, t.ex. en viss boendestandard. Oavsett försäkringens syfte är ett grundläggande motiv bakom försäkringslösningen att främja den enskildes valfrihet. Det scenario man ser framför sig är att det för framtida generationer kommer att bli allt mer betydelsefullt att kunna välja, inte bara vilken hjälp man får på äldre dagar och vem som då skall hjälpa, utan också under vilka ekonomiska villkor som man som äldre kommer att leva. En möjlighet kan då vara att man genom en frivillig tilläggsförsäkring kompletterar ett redan befintligt grundskydd, t.ex. ett skattefinansierat sådant, för att få tillgång till särskilda boendeenheter med viss standard eller geografiskt läge.

Att införa en frivillig äldreomsorgsförsäkring för att klara de ökade behoven av omvårdnadsinsatser för äldre har diskuterats i många länder under det senaste decenniet. I Tyskland föregicks den numera obligatoriska försäkringen av en bred diskussion om olika finansieringslösningar, däribland privata (Edebalk & Svensson, 2003). Ett förslag innebar t.ex. att man genom skattelättnader skulle uppmuntra uppbyggnaden av privata försäkringsalternativ. I England lade regeringen fram ett förslag på 1990-talets mitt som innebar att personer skulle kunna teckna en privat försäkring som skulle täcka de tre första årens vårdkostnader vid sjukhemsvistelse (Evers & Harding, 1997). Därefter skulle statlig ersättning utgå i proportion till den ersättning som försäkringsbolagen betalat ut. Kritiken blev dock stark mot förslaget, eftersom det bedömdes att endast ett fåtal skulle ha råd att teckna denna typ av försäkring. Även försäkringsbolagen var tveksamma till förslaget och det utreddes

inte ytterligare utan lades ner. Idag finns frivilliga äldreomsorgsförsäkringar i England, däremot inte försäkringslösningar som bygger på en kombination av statliga och privata lösningar. I USA har en privat försäkringsmarknad inriktad på långvarig vård och omvårdnad för äldre vuxit fram under senare år. Försäkringsidén är att man ska kunna trygga sin ekonomi och skydda sig mot höga vårdkostnader på äldre dagar.

### Utländska erfarenheter

I USA finansieras vård och omsorg av äldre både av privata och offentliga (federala/delstatliga) aktörer. Finansieringen sker via de offentligt finansierade Medicaid och Medicare-programmen samt via frivilliga försäkringar och av den enskilde själv. Medicaid är ett skattefinansierat program för låginkomsttagare som täcker sjukhusvård och medicinsk vård i den enskildes hem eller på sjukhem (Edebalk & Svensson, 2000). I huvudsak täcks kostnader för sjukhemsvård och i mindre utsträckning även vård i den enskildes hem. Medicare är en tidsbegränsad ersättning som utgår till äldre som vårdas på sjukhem, sjukhus eller i sitt eget hem. Ersättningen utgår endast för vård av läkare och sjuksköterska. Vårdas den äldre hemma är det således endast kvalificerad vård som ersätts. Medicaid-programmet finansierar uppskattningsvis 30–40 procent av de totala vårdkostnaderna. Medicare finansierar endast ca fem procent.

Privata äldreomsorgsförsäkringar har funnits i USA sedan mitten av 1980-talet och USA är därför ett land som det ofta refereras till när det gäller erfarenheter av privata kompletterande äldreomsorgsförsäkringar. Sett till antalet sålda äldreomsorgsförsäkringar i USA var ökningstakten hög under perioden 1987–1997; i genomsnitt ca 21 procent årligen (Temkin-Greener m.fl., 2000). Under 90-talet tredubblades antalet sålda försäkringar (Cohen, 2003). Trots denna ökning är det en mycket liten

andel av amerikanerna, mindre än fem procent, som har försäkrat sig och försäkringarna finansierar mindre än tio procent av den totala äldreomsorgskostnaden. Försäkringarnas innehåll är inte standardiserat och varierar därför stort (Asubonteng Rivers, 2000). Ett mindre antal bolag erbjuder försäkringar som inte är kopplade till ett visst servicealternativ. Istället utfaller ett förutbestämt belopp när ett visst vårdbehov uppstår. Ersättningsperioden kan variera mellan 2 och 6 år, men allt fler bolag har idag försäkringar där ersättningen utgår så länge som personen är i behov av hjälp.

Två av tre försäkringar säljs till dem som är 65 år eller äldre; genomsnittsålder vid tecknandet är 67 år. Detta gör att premienivån är hög, knappt \$1000 per år om man tecknar en försäkring vid 65 års ålder (Stone, 2000). Branschen menar, att endast 10–20 procent av medelinkomsttagarna i USA har råd att teckna en försäkring (Asubonteng Rivers, m.fl., 2000). Premierna blir lägre om försäkringen tecknas via arbetsgivaren. Allt fler försäkringar i USA säljs idag via arbetsgivaren som gruppförsäkring (Cohen, 2003). Bolagen utgår då från en kollektiv risk vilket gör att administrationskostnaderna för försäkringsbolagen blir lägre. Premienivån kan också påverkas av att arbetsgivaren har ett starkare förhandlingsläge gentemot försäkringsbolaget än en enskild kund. En skattning från slutet av 90-talet visar dock att endast sju procent av heltidsanställda på stora och medelstora privata företag erbjuds att teckna en äldreomsorgsförsäkring (Pincus, 2000).

Uppskattningsvis utesluts ca 15 procent av dem som ansöker om en försäkring att teckna en på grund av sin hälsostatus. Detta gäller bl.a. för personer med kognitiv oförmåga, stroke eller olika typer av diabetes (Temkin-Greener, m.fl., 2000). Med hjälp av en medicinsk bedömning försöker bolagen urskilja den grupp som för bolaget innebär en oacceptabelt hög risk och för den enskilde oöverkomligt höga premier. Detta är inte minst

viktigt när bolagen endast har en standardpremie för försäkring och inte differentierade premier efter olika gruppers risker. Standardpremier har hittills varit det mest förekommande, men idag förekommer också försäkringar med differentierade premier i USA.

För att ersättning ska utgå kräver de flesta försäkringar att den äldre är i behov av hjälp i två ADL-aktiviteter (Cohen m.fl., 2001), dvs. dagliga aktiviteter som man måste kunna utföra regelbundet för att leva ett självständigt liv. Det gäller dusch/bad, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning och att äta. Studier pekar också på att variationen är stor när det gäller vid vilket hjälpbehov som försäkringen utfaller och ersättning utgår (Lutzky & Alexih, 1999, Asubonteng, m.fl., 2000). Här finns en variation både i hur många ADL-funktioner som ingår i bedömningen och om man ska vara i behov av två eller tre ADL-aktiviteter.

Cohen m.fl. (2001) har gjort en kartläggning av dem som har en privat äldreomsorgsförsäkring och som fått ut ersättning och jämfört dem med den äldre befolkningen i allmänhet. Cohens studie visar att försäkringstagarna, jämfört med pensionärer i allmänhet, är äldre, i större utsträckning änkor och har barn som inte bor i försäkringstagarens direkta närhet. Gruppen med försäkring har också en högre inkomst, vilket tyder på att försäkringen vänder sig till dem som inte kan få ersättning via Medicaid.

Även i Storbritannien finns sedan några år tillbaka privata äldreomsorgsförsäkringar. Äldreomsorgen i Storbritannien är ett kommunalt ansvarsområde och kommunerna har en förhållandevis stor frihet att besluta om äldreomsorgens utformning. Äldreomsorgen finansieras huvudsakligen genom statsbidrag till kommunerna och egenavgifter. Hemsjukvården och sjukvårdande insatser på sjukhem är däremot avgiftsfria. Subventionerade äldreomsorgsavgifter betalas endast av dem vars tillgångar, utöver bostad, understiger £11 500.

Om man flyttar till sjukhem eller ålderdomshem inkluderas efter tre månader även värdet på bostaden i tillgångarna förutsatt att inte någon annan familjemedlem bor i bostaden. Om tillgångarna överstiger £18 500 subventioneras inte avgiften på sjukhem eller ålderdomshem utan den enskilde får stå för kostnaden själv. Även om inkomsten är mycket låg men huset värderas högre än denna gräns utgår ingen subvention. Den äldre kan också välja ett annat sjukhem än det som kommunen föreslår, men måste då betala eventuella mellanskillnader i vårdkostnaden. Uppgifter från slutet av 90-talet visar att knappt 30 procent av dem som vårdas på sjukhem och ålderdomshem betalar hela vårdkostnaden själva (The Royal Commission on Long Term Care, 1999b). År 1995 finansierade egenavgifterna ca 40 procent av vårdkostnaden på institution och knappt 30 procent av hemtjänstkostnaderna (ibid).

Liksom i USA är den genomsnittliga åldern när man tecknar en försäkring hög, 67 år (The Royal Commission on Long Term Care, 1999a). Försäkringarna omfattar både långvariga omsorgsbehov i den enskildes hem och vård på ålderdomshem och sjukhem (ABI, 2003). De inkluderar också enklare serviceysslor och avlastning för anhörigvårdare. I några försäkringar utgår också ersättning för handikappanpassning av den äldres bostad eller insatser från alternativ medicin såsom naprapat och psykoterapeut. Försäkringarna är avsedda för såväl yngre som äldre med långvarigt behov av omvårdnad.

Bedömningsgrunderna för att definiera försäkringsfallet skiljer mellan olika bolag, men flertalet kräver att den enskilde är i behov av tre ADL-aktiviteter (The Royal Commission on Long Term Care, 1999a). Vissa grupper utesluts och kan inte teckna en försäkring. Det gäller t.ex. grupper med vissa psykiska sjukdomar (t.ex. schizofreni), missbrukare, personer som är självmordsbenägna och HIV/AIDS-sjuka.

Det har hittills varit en svag efterfrågan på privata frivilliga äldreomsorgsförsäkringar i både USA och Storbritannien. Även om premienivåerna i USA har blivit lägre, är höga premier sannolikt en viktig anledning till den begränsade marknaden (Temkin-Greener, 2000). En aktuell studie av Cohen (2003) visar emellertid på en fortsatt tillväxt av försäkringsmarknaden och att detta, inte minst, beror på den produktutveckling som skett under senare år. Andra faktorer bakom ökningen är också ett ökat intresse av arbetsgivarförsäkringar och att allt fler stater erbjuder skattelättnader vid köp av försäkring. Likaså har amerikanerna blivit allt mer medvetna om att försäkringar finns och upplever sannolikt en större trygghet vid tecknandet eftersom försäkringsbranschen har utvecklat standards för hur och vilken information som ska ges till konsumenten.

Det svaga intresset för frivilliga äldreomsorgsförsäkringar i USA och England kan tyckas vara anmärkningsvärt eftersom man i dessa länder, jämfört med Sverige, får finansiera en stor del av sin äldreomsorg själv. Samtidigt finns det i USA en stark tilltro till det s.k. Medicaid-programmet. När den enskilde har spenderat alla sina tillgångar på vårdkostnader utgår ersättning från Medicaid. Många amerikanare uppfattar Medicaid som ett substitut till privata försäkringar (eller förebyggande sparande generellt) och detta nämns ofta som en förklaring till varför de privata försäkringarna inte får större genomslagskraft.

### **Frivilliga försäkringar i Sverige?**

Mot bakgrund av utländska erfarenheter kan ett antal problemområden med frivilliga kompletterande försäkringar identifieras. Den svaga marknadsutveckling som hittills noterats grundar sig i mångt och mycket på att försäkringarna är dyra och därigenom blivit en form av nischförsäkring för dem med höga inkomster och som inte har någon anhörig i sin

direkta närhet. En grundläggande orsak till de dyra försäkringarna är den osäkerhet som är förknippad med en äldreomsorgsförsäkring. Denna osäkerhet måste försäkringsgivarna täcka via premienivå och/eller genom uteslutning av högriskgrupper. En annan möjlighet är att bolagen försöker ”locka” till sig lågriskgrupperna (s.k. cream-skimming). Erfarenheterna tyder emellertid inte på att bolagen lyckats i någon större utsträckning att locka till sig lågriskgrupper som t.ex. yngre.

Det finns en rad problem som uppkommer till följd av den osäkerhet som är förknippad med frivilliga äldreomsorgsförsäkringar. Dessa problem påverkar förutsättningarna för utvecklingen av frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige.

Våra resonemang utgår från dagens äldreomsorg både vad avser innehåll och vilka aktörer som verkar inom området. Det är här viktigt att notera att, till skillnad från många andra länder, så riktas den kommunala äldreomsorgen i Sverige till alla behövande åldringar, oavsett personens sjukdom, funktionshinder eller ekonomi. Vi förutsätter också för de frivilliga försäkringarna att både premienivåer och försäkringarnas innehåll bestäms av försäkringsbolagen i konkurrens.

Eftersom en äldreomsorgsförsäkring spänner över långa tidsperioder är det svårt att *definiera produkten*. Branschrepresentanter i USA menar att även om försäkringarna allt mer börjar likna varandra avseende t.ex. försäkringsutfall och försäkringsinnehåll är produkten komplex (Lutzky & Alecih, 1999). En annan fråga är om produkten ska motsvara tjänster eller pengar? Att ge ersättningen i pengar kanske kan få yngre att teckna en försäkring, eftersom man inte låser sig till ett visst servicealternativ 30 eller kanske 50 år i förväg (Stone, 2000). Att nå de yngre är en viktig komponent för försäkringsmarknadens utveckling. Det talar för att produkten skall definieras i pengar. Så tycks utvecklingen vara i USA (Cohen, 2003).

Frågan är vilka *tjänster* som skulle kunna vara aktuella för en tilläggsförsäkring. Under de senaste 20 åren har äldreomsorgen blivit allt mer restriktiv både om man ser till innehåll och antalet vårdtagare. Det är vissa tjänster som inte utförs idag. Är det denna typ av tjänster som skulle kunna vara aktuella att teckna en försäkring för? I samband med införandet av kundvalssystem i Stockholms stad fick de privata utförarna möjlighet att erbjuda tilläggstjänster till de vårdtagare som beviljats hemtjänst. De tilläggstjänster som erbjöds var till övervägande del hushållsnära tjänster såsom extra städning, tvätt, trädgårdstjänster, fönsterputs och lägenhetspassning. Andra tjänster gällde hjälp med transporter, att erbjuda ledsagning/ följeslagare för inköp, teaterbesök eller vid promenader samt utflykter. Dessa tilläggstjänster kan knappast vara aktuella för en riskförsäkring, eftersom sannolikheten att flertalet äldre någon gång i livet är i behov av hjälp med hushållsnära tjänster är mycket stor. Här finns behov av sparande snarare än försäkring. Det kan också förekomma tjänster som kan betraktas som guldkanter, t.ex. specifika tjänster som kan göra det möjligt att bo på ett visst ställe eller att få vårdas på en plats med en viss boendestandard där det också erbjuds vissa ”extra” tjänster. Även här kan sannolikt ett sparande ses som ett rimligare alternativ än en försäkring.

Samtidigt som äldreomsorgen i vissa avseenden har blivit mer restriktiv, ges det idag vårdinsatser i den enskildes hem som inte var möjliga att göra tidigare och för vissa grupper, t.ex. de dementa, har prioriteringar gjorts för att förbättra deras och anhörigas livssituation genom anpassade boenden och dagverksamheter. Att anhöriga tar ett stort ansvar för de äldres vårdssituation har redan nämnts. Vilka tilläggstjänster är aktuella när vårdbehovet är stort? I en situation med stora vårdbehov måste försäkringens innehåll tillmötesgå behoven hos både vårdtagaren och hans/hennes familj, t.ex. att öka tillgängligheten av avlast-

ningsplatser för anhängigvårdare eller att tillmötesgå krav på att den enskilde kan fortsätta att vårdas i den anhöriges närhet.

Det är inte bara svårt att definiera produkten utan också *försäkringsutfallet*. Här finns två möjligheter att definiera utfallet, antingen beroende eller oberoende av den behovsbedömning som kommunen gör vid en ansökan om hjälpinsatser. I t.ex. Storbritannien bestäms försäkringsutfallet oberoende av den kommunala behovsbedömningen. Bolagen utgår från försäkringstagarens hjälpbehov i vissa ADL-aktiviteter för att bestämma utfallet. Tänker vi oss en försäkring där produkten faller ut endast för hushållsnära tjänster och enklare serviceinsatser för relativt pigga åldringar uppstår problemet med *moral hazard*. Detta innebär att försäkringstagare som kanske betalt till en försäkring i många år kommer hävda att de har ett behov och kräva ersättning från bolagen. Ju högre funktionsnedsättning som krävs för utfallet desto mindre blir detta problem. Med en tilläggsförsäkring kan man också tänka sig att försäkringsutfallet görs beroende av den kommunala behovsbedömningen. Försäkringen faller endast ut om kommunen bedömer att den enskilde har ett hjälpbehov och det som försäkringen ger är tjänster, eller kontantbidrag till tjänster, som inte inryms i kommunens bistånd. Ett stort problem uppstår här till följd av den kommunala variation som finns både vad gäller t.ex. biståndsbedömning och utbud av tjänster. Till exempel samvarierar inte täckningsgraden av kommunal äldreomsorg, dvs. andelen äldre som får del av kommunens äldreomsorg, med den äldre befolkningens behov (Trydegård, 2000, Thorslund & Larsson, 2002). Det är andra faktorer som styr, inte minst kommunala traditioner.

Ett tredje problem är att försäkringsgivarna har begränsad information om de verkliga riskerna, dvs. hur stor risken är att försäkringstagare med en viss hälsostatus, ålder etc. kommer att vara i behov av äldreomsorgsinsat-



ser. Bristen på objektiva data ger *otydliga risker* – än mer när riskerna är små. Denna osäkerhet måste försäkringsgivarna kompensera med högre premier. Objektiv information kan inhämtas från andra länder men är sannolikt svår att översätta till svenska förhållanden. Ohälsan ökar med stigande ålder, men socioekonomisk status är också en avgörande faktor för ohälsan även i hög ålder (Thorslund & Larsson, 2002).

Ett fjärde problem är att informationen är asymmetrisk, dvs. försäkringstagaren har mer information om sin hälsa etc. än vad försäkringsgivaren har. Detta innebär i sin tur en risk för *snedrekrytering* (adverse selection) vid fast (icke riskdifferentierad) premienivå. Personer med förhållandevis höga risker ser försäkringen som ett alternativ och tecknar sig, medan de med låg risk ställer sig utanför systemet för att de inte tycker att försäkringen är värd sitt pris. Detta skapar problem för bolagen och kan leda till att bolagen tvingas höja premien ytterligare när allt fler i högriskgruppen, givet ålder, tecknar sig. Problemet med snedrekrytering minskar till viss del när marknaden mognar och bolagen får större kunskap om de verkliga riskerna och kan differentiera premien. En möjlighet som kanske kan motverka problemet är att införa ett bonussystem som ger försäkringstagaren lägre premie efterhand som premien inte utnyttjas.

På grund av otydliga risker och problemet med snedrekrytering kan vissa konsumenter utsättas för *uteslutning*. Det är osäkert hur stor denna grupp är, men uppskattningar i USA visar på att nästan en av sex som ansöker om en försäkring utesluts på grund av hälsoskäl. Genom att höja premien tillräckligt mycket kanske försäkringen inte framstår som attraktiv för vissa grupper och effekten blir då densamma som vid ett uteslutningsförfarande. Problemet med uteslutning minskar om allt fler tecknar sin försäkring i unga år.

En annan fråga är om försäkringen skall

vara en *kostnadsförsäkring eller inte*. I USA och Storbritannien ger inte försäkringen full kostnadstäckning i händelse av vård och omsorg. En anledning till det är problemet med moral hazard. Om man tänker sig att försäkringen skulle ersätta hela kostnaden påverkas sannolikt den enskildes uppfattning om vad man är i behov av för vård och omsorg, dvs. han/hon kanske överdriver sitt hjälpbehov i större utsträckning än om inte alla kostnader täcks. Fenn (1999) menar att detta problem sannolikt inte är så stort när det gäller äldreomsorgsförsäkringar. Detta är nog riktigt vid tyngre vårdbehov, men däremot inte vid enklare servicetjänster.

Det skall också noteras att en kostnadsförsäkring inte bara innebär högre risker för bolagen till följd av moral hazard. Möjligheten av nedskärningar i det offentliga systemet eller kraftigt höjda äldreomsorgskostnader innebär också att en kostnadsförsäkring blir mer riskfylld för försäkringsgivaren. I en äldreomsorgsförsäkring som spänner över långa tidsperioder kan man inte bortse från denna typ av osäkerhet.

Till sist skall nämnas de *politiska risker* som försäkringsbolagen har svårt att förutse. Dessa risker kan både uppstå på statlig och kommunal nivå. Låt oss ge ett exempel. I slutet av 90-talet presenterades i Sverige ett förslag på en privat tilläggsförsäkring som till viss del skulle skydda den enskilde vårdtagaren från höga äldreomsorgsavgifter (Ds 1998:15). Vid denna tidpunkt hade de flesta kommuner inkomstrelaterade avgifter, dvs. ju högre inkomst individen hade, desto högre blev avgiften (Anell m.fl., 1999). Eftersom vårdtagarna endast garanterades ett s.k. förbehållsbelopp efter det att avgiften var betald, kunde den enskilde ha motiv att teckna en försäkring för att skapa viss ekonomisk trygghet på äldre dagar. Idag är denna typ av försäkring verkningslös eftersom det på nationell nivå beslutades om att från och med år 2002 införa ett högkostnadsskydd (s.k. max-

taxa) i äldreomsorgen. Även på kommunal nivå kan omprioriteringar både utifrån ekonomiska och ideologiska motiv innebära att förutsättningarna för tilläggsförsäkringar kan ändras på sikt.

I dagsläget torde förutsättningarna för frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige vara svaga. Om däremot rejäla nedskärningar skulle ske inom den kommunala omsorgen eller om avgifterna höjs kraftigt, förbättras förutsättningarna för frivilliga försäkringar. Försäkringstekniska problem liksom utländska erfarenheter pekar dock mot att en frivillig äldreomsorgsförsäkring inte ens med sådana förutsättningar kan nå en betydande omfattning.

### Avslutande kommentarer

Två fördelar med frivilliga tilläggsförsäkringar kan urskiljas. Genom att utnyttja den enskildes betalningsvilja kan det ge ett pengatillskott till äldreomsorgen. Konkurrenten mellan försäkringsgivarna kanske också kan stimulera utvecklingen av äldreomsorgen i strävan att tillmötesgå kundernas önskemål på olika tjänster. Enligt Cohen (2003) har det till exempel skett en betydande produktutveckling av försäkringarna i USA där innehållet anpassats till de tjänster som inte ersätts via Medicaid. Det gäller inte minst möjligheter att vårdas i sitt eget hem.

Om det skulle anses önskvärt med frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige så måste sannolikt förutsättningarna för äldreomsorgen ändras. Om man t.ex. tänker sig att en obligatorisk äldreomsorgsförsäkring införs blir bilden en annan. En obligatorisk äldreomsorgsförsäkring kräver t.ex. ett nationellt och standardiserat behovsbedömningssystem (Edebalk & Svensson, 2000 och 2003). I sådana fall blir tilläggsförsäkringarna oberoende av kommunala variationer och utgångspunkten för hur produkten och försäkringsutfallet definieras blir den-

samma oberoende var i landet försäkrings-tagaren bor.

En annan förutsättning som kan diskuteras är om staten kan gå in och garantera tilläggsförsäkringarna för politiska risker. Att kunna ge garantier som dels spänner över en mycket lång tid, dels som täcker in alla de komponenter som kan påverka den enskilde att teckna en försäkring är knappast tänkbart. De politiska riskerna är således svåra att undvika vid frivilliga försäkringar.

En tredje förutsättning torde vara att ersättningen blir skattefri och dessutom inte räknas som inkomst vid ansökan om t.ex. bostadsbidrag. Försäkringsersättningen i Storbritannien är skattefri, men betraktas som inkomst vid ansökan om inkomstprövande sociala förmåner. I vissa delstater i USA är premierna skattesubventionerade i syfte att öka efterfrågan på försäkringen.

En fjärde förutsättning är att marknaden regleras i syfte att nå standardiserade produkter och försäkringsvillkor så att konsumenterna kan jämföra olika försäkringar. Argumenten för en reglering är att försäkringarna är svåra att förstå för den enskilde (The Royal Commission on Long Term Care, 1999a, HM Treasury report, 2001). Många köper sin försäkring vid en tidpunkt då deras livssituation är bekymmersam och blir därför sårbara. De kanske heller inte är välinformerade om sin ekonomiska trygghet och vilken offentlig hjälp de kan få. Informationen ska inte bara hjälpa den enskilde att avgöra om försäkringen är relevant eller inte utan också tydligt visa vilka kriterier som måste infrias för att ersättning ska utgå, hur en sådan anspråksansökan går till, hur ersättningen betalas ut etc. Ett argument är också att en reglering kan öka tilltron till försäkringarna och på så sätt stimulera marknaden. Kritiken mot en reglering är bl.a. att regleringen påverkar försäkringsgivarens kostnader och därmed premienivån. Regleringen kan också motverka flexibiliteten och utvecklingen av produkten.



## Referenser

- ABI (Association of British Insurers). – An ABI Guide to long-term care insurance. [www.abi.org.uk](http://www.abi.org.uk)
- Anell, A., Edebalk, P.G. & Svensson, M. – Resursfördelning och finansiering. I: 2000-talets äldreomsorg : Dokumentation av forskningsforum 1999. Stockholm: Spru, 1999. (Spru rapport nr 491)
- Asubonteng Rivers, P., McCleary, K.J & Glover, S.H. – Long-term care financing: are current methods enough? *JHSA*, 2000:473–494.
- Cohen, M.A., Miller, J. & Weinrobe, M. –Patterns of informal and formal care giving among elders with long-term care insurance. *The Gerontologist* 2001;41(2):180–187
- Cohen, M.A.– Private Long-Term Care Insurance: A Look Ahead. *Journal of Aging and Health* 2003;15(1):74–78
- Ds 1998:15. –Kommuner Kan! Kanske! : om kommunal välfärd i framtiden. Stockholm : Fritzes, 1998. (Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.)
- Ds 2002:7. – Hoten mot kommunerna – en ESO-rapport om ansvarfördelning och finansiering i framtiden. Stockholm, Fritzes Offentliga Publikationer, 2002. (Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi – finansdepartementet)
- Edebalk, P.G. & Svensson, M. –Äldrevårdsförsäkring. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi (IHE), 2000.
- Edebalk, P.G. & Svensson, M. –Privata försäkringsbolag i en offentlig äldreomsorgsförsäkring – möjligheter och problem. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2003.
- Evers, A. & Harding, T. –Long-term care for the elderly : Britain and Germany compared. London : Anglo-German Foundation, 1997.
- Fenn, P. – Financing long-term care: The potential for insurance. Research Volume 1 Chapter 3. London, The Stationery Office, 1999 (A report by The Royal Commission on Long Term Care).
- Grip, G. & Örtendahl, C. – Lovar och försäkrar : De äldres välfärd i en balanserad samhällsekonomi. Växjö : Sveriges Försäkringsförbund, 2000.
- HM Treasury – Long-term care insurance. Report from Home Financial Service Team, 2001. [www.hm-treasury.gov.uk](http://www.hm-treasury.gov.uk)
- Jakobsson, U. (red.). –Vägen till välstånd. Stockholm : SNS förlag, 1999. (Konjunkturrådets rapport 1999)
- Lagergren, M. & Batljan, I. –Kommer det att finnas en hjälpande hand? I: SOU 2000:7. Långtidsutredningen 1999/2000. Stockholm : Fritzes, 2000.
- Landstingsförbundet. – Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992–2000. Stockholm: Landstingsförbundet, 2002.
- Lutzky, S. & Alecxih, L.M. –Enabling informed consumer choice in the long-term care insurance market. *Journal of Aging and Social policy* 1999;10(3):27–44
- Pincus, J. –Employer-sponsored long-term care insurance: best practices for increasing sponsorship. *EBRI Issue brief*. Washington: Employee Benefit Research Institute, 2000 (April 2000)
- Riksförsäkringsverket. –Socialförsäkringsboken 2001 : Årets tema Välfärd på äldre dar. Stockholm, Riksförsäkringsverket, 2001.
- SCB. –Statistisk årsbok för Sverige 2003. Örebro: Statiska centralbyrån (SCB), 2002.
- Socialstyrelsen. – Nationell handlingsplan för äldreomsorgen. Slutrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
- Socialstyrelsen. –Vård omsorg om äldre. Lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003a.
- Socialstyrelsen. –Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003b.
- Socialstyrelsen. –Vård och omsorg om äldre: I Socialtjänsten i Sverige –en översikt 2003. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003c.
- Stone, R.I. –Long-term care for the elderly with disabilities: Current policy, emerging trends and implications for the twenty-first century. New York: Milbank Memorial Fund, 2000.
- Svenska Kommunförbundet. –Kommunala framtiderna. Stockholm: Svenska kommunförbundet, 2002.
- Svenska Kommunförbundet. – Kommunernas ekonomiska läge 2003. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 2003.
- Söderström, L., Björklund, A., Edebalk, P.G. & Kruse, A. –Från dagis till servicehus: Välfärdspolitik i livets olika skeden. Stockholm : SNS Förlag, 1999 (Välfärdspolitiska rådets rapport 1999)

- Temkin-Greener, H., Mukamel, D.B. & Meiners, M.R. – Long-term care insurance underwriting: understanding eventual claims experience. *Inquiry* 2000;37(Winter 2002/2001):348–358
- The Royal Commission on Long Term Care –Using the Private Sector to Help Fund Long-term Care. In –With Respect to Old Age Long-Term Care – Rights and Responsibilities Research Volume 1 Chapter 4. London, The Stationery Office, 1999a.
- The Royal Commission on Long Term Care –The costs of long-term care now and in the future. In –With Respect to Old Age Long-Term Care – Rights and Responsibilities Research Volume 1 Chapter 1. London, The Stationery Office, 1999b.
- Thorslund, M & Larsson, K. –Äldres behov – en kunskapsöversikt och diskussion om framtiden. Stockholm: Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum, 2002.
- Trydegård, G-B. – Tradition, change and variation – past and present trends in public old-age care. Stockholm: Institutionen för social arbete, Stockholms Universitet, 2000. (Stockholm Studies of Social Work:16)
- Westerberg, B. –Har vi råd med äldreomsorg när 40-talisterna blir gamla? Stockholm: Pensionsforum, 2000.
-